

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Bodó, Bodó - RN**

**Martha Belen Hidalgo Santana**

**Pelotas, 2015**

**Martha Belen Hidalgo Santana**

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Bodó, Bodó - RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Daniela Patrícia Evangelista dos Santos

Pelotas, 2015

S232m Santana, Martha Belen Hidalgo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Bodó, Bodó - RN / Martha Belen Hidalgo Santana; Daniela Patrícia Evangelista dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Daniela Patrícia Evangelista dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todos aqueles usuários que hoje sofrem de sequelas por complicação da hipertensão e diabetes.

A todos os usuários portadores de HAS e DM, e ainda mais aqueles com risco de adoecer que podem prevenir ou retrair a doença.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus por permitir e dar força para continuar minha preparação cada dia.

Ao Ministério da Saúde do Brasil e a UFPEL por oferecer esta oportunidade de superação.

A meu esposo por sua dedicação e ajuda continua durante as horas de estudo e trabalho.

A meus filhos que mesmo longe reconhecem meu esforço.

A equipe de saúde por sua colaboração continua no projeto.

A diretora da UBS, aos trabalhadores e gestor.

A todos aqueles que de uma forma ou outra fizeram possível o desenvolvimento do projeto.

## Resumo

SANTANA, Martha Belen Hidalgo. **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Bodó, Bodó - RN.** 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) vêm aumentando sua importância pela sua crescente prevalência no mundo e no Brasil. São responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiências renais crônicas submetidas à diálise e na UBS tem dificuldade pela qualidade dos atendimentos. O objetivo geral deste trabalho foi melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Bodó, Bodó – RN. Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Bodó, no Município de Bodó - RN. Participaram da intervenção a população maior de 20 anos cadastradas na UBS com Hipertensão Arterial (310) 60% com uma estimativa de 321 para área e 536 para a população de Brasil e Diabetes Mellitus (63) 51% para uma estimativa de 78 na área. A coleta de dados foi feita através do preenchimento da ficha espelho e o prontuário médico, que permite preencher a planilha de coleta de dados. A intervenção, Unidade Básica de Saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção. Durante a intervenção foram avaliados 299 (96,5%) hipertensos e 58 (92,1%) diabéticos. Destaque para a ampliação de atendimento com qualidade do exame clínico completo, do exame dos pés dos diabéticos, exames complementares de acordo com os protocolos, garantir medicamentos da farmácia popular, garantir que todos os usuários sejam acompanhados pela equipe de saúde e para a classificação de risco de ambos os grupos, avaliação de necessidade odontológica, orientação nutricional e sobre a necessidade de atividade física, assim como a importância da higiene bucal, todas estas avaliações a meta foi alcançada em 100%, resultando em um atendimento integral e de qualidade. Tomando este projeto como exemplo pretendemos melhorar o programa de idosos. Como conclusão deste projeto, tivemos uma melhoria do serviço e da equipe que se tornou mais unida, fortalecida, trabalhadora, as novas rotinas de trabalho foram incorporadas e temos uma comunidade mais comprometida com a sua saúde, mais valorizada, com mais cultura de saúde e melhor atendida.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos	54
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos	55
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	57
Figura 4	Proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo	58
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	59
Figura 6	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	60

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipo Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	45
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão .....	63
5 Relatório da intervenção para gestores .....	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Referências .....	71
Apêndices.....	74
Anexos. ....	84

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Unidade Bodó, no município de Bodó – estado RN.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, serão apresentadas bibliografias referenciadas utilizadas neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Sou a médica Martha Hidalgo Santana trabalho no município Bodó de Rio Grande do Norte. Este é um município muito pequeno com menos de 3 mil habitantes pelo senso do IBGE. Tem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com boas condições físicas onde se trabalha muito bem a atenção primária de saúde e a Estratégia da saúde da família (ESF) que como bem se expressa no projeto Pedagógico é a porta de entrada do Sistema de Saúde. Sua característica fundamental é a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso a população. A Saúde da Família e Atenção Primaria de Saúde é eixo central da organização do sistema único de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária. Engloba ações de promoção, prevenção de agravos, tratamentos, e reabilitação. Por isso, vem demonstrando ser um modelo de atenção importante na resolução dos principais problemas de saúde da população brasileira. Este programa é aplicado em Cuba há 30 anos com grandes êxitos na saúde cubana.

Nossa maior dificuldade é a situação da estrutura física nas zonas rurais e o acesso da população aos atendimentos. Temos grandes perspectivas para a melhora acima citado dos atendimentos em projeto requisitado pelo gestor Municipal e com obras já em andamento

No município de Bodó o programa de estratégia de saúde da família em nossas bases municipais encontra-se em percentual elevado, tendo em vista que o município atende uma demanda de mais ou menos 3.000,00 habitantes e supre de forma satisfatória a população. Enfrentamos nossas dificuldades em relação a

espaço físico na zona rural onde faço maior parte do meu atendimento já, que, faltam postos de saúde e com isso torna o atendimento com baixa cobertura. Quando falo da satisfação da população é de atendimentos a consultas, exames e medicamentos da farmácia básica que dificilmente faltam. Com relação à atenção de algum público diferenciado como exemplo temos gestantes que faço atendimento uma vez por semana na sede zona urbana onde o espaço é amplo e com tudo que se pede a um atendimento de qualidade.

Já falado que o município é pequeno está localizado perto de uma mina de Xelita que se considera uma fonte de afeto a saúde da população. É uma área serrana, castigada com frequência pela seca. O município só tem uma UBS com consultórios em sede e como a cima citado sem este recurso na zona rural, o que dificulta o atendimento, nosso hospital de referencia está situado a 50 km.

Quanto a estrutura física nossa UBS é composta de recepção, á esquerda tem sala de emergência, sala de pequenos cirúrgicos, sala de atendimento de enfermagens onde faz atendimentos e coleta de exames preventivos, sala de atendimento de nutricionista compartilhada com fisioterapia, sala de expurgo, sala de esterilização, departamento de Odontologia com todo equipamento odontológico, sala de reunião, direção, depois da recepção a direita, tem farmácia, sala de vacinação, sala de ECG, sala de nebulização, sala de atendimento medico, sala de observação de pacientes com 4 camas de homem, 4 cama de mulher e 4 cama de crianças com banheiro, depois almoxarifado, sala de repouso de médico , sala de repouso de enfermagem, com banheiro cada uma , ao final tem cozinha, sala e muro , mas agora esta em período de reparação, onde vão fazer local para laboratório , já que este fica fora da UBS.

Tem equipamento suficiente faltando só algumas de atenção de urgência e emergência. Tem medicamentos suficientes para tratamento, que os pacientes recebem gratuitamente, em muito poucas ocasiões falta algum medicamento. Tem insumos e materiais disponíveis suficientes.

Tem só uma equipe de saúde formada por coordenador, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), dentista e assistente, nutricionista e fisioterapeuta.

Tem laboratório que faz coleta de amostra duas vezes por semana, com a dificuldade que se podem atrasar os resultados alguns dias. Realiza-se todos os exames de sangue, alguns são analisados no próprio laboratório e outros são

mandados para análises em outras cidades ainda com realização de outros exames tais como: fezes, urina, ECG, teste rápido de HIV, teste rápido de sífilis, escarro, HGT e outros.

Processo de Trabalho se faz acolhimento ao paciente na recepção onde recebe seu prontuário, mede se sua pressão e faz a pesagem.

Para os atendimentos especializados os usuários são transportados em transporte disponibilizado pela prefeitura, também para a realização de exames de alta tecnologia, tendo como complicação a contra referência que nunca chega. Existe coordenação por parte da prefeitura através de cronogramas, viabilizando a prioridade na atenção em saúde, oferecendo transporte às pessoas que precisam tanto para reabilitação de consultas especializadas com todos os profissionais que faltam em nosso município como para realização dos exames de alta tecnologia.

Faz-se palestra na sala de acolhimento em cada lugar de consultas. A maior dificuldade é que o atendimento planejado tem baixa porcentagem, acabando sendo somente para grávidas e crianças, sendo maior a livre demanda.

População identificada tem aproximadamente 3000 de população, é uma população eminentemente pobre de baixos recursos econômicos, baixo nível cultural com alta porcentagem de pessoas não alfabetizadas. População que tem costume de falar o que eles estão precisando e de se automedicar.

Principais problemas de saúde, alta incidência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, incluindo população jovem, que não fez tratamento direito, ou tem abandono do tratamento, não tem habito de dieta, ainda que tenha acompanhamento pela nutricionista.

Existe alta incidência de acidente de motos, consumo de álcool e alta incidência de processos respiratórios agudos e alérgicos. Incidência de abuso sexual em adolescente e crianças, que não podemos falar de cifras, já que não são declarados. Tema que se debate muito em palestras e atividades educativas. Faz-se capacitação ao pessoal de enfermagem e outros. A principal Fonte econômica é agricultura e mineração.

Como tem falado, a UBS tem ótimas condições, mas a principal dificuldade, apresenta-se nos atendimentos das áreas rurais pela deficiência física.

Temos muito que fazer na saúde neste município, acredito que vou encaminhar meu TCC a desenvolver um projeto sobre luta contra abuso sexual em crianças e adolescentes. Já que se desenvolvem atividades sobre esse tema.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município BODÓ-RN tem 3.565 habitantes pelo censo do IBGE (IBGE, 2010). A principal fonte econômica é agricultura e mineração. Tem apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com uma Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que trabalha conforme os princípios do SUS. Dispõe ainda de especialistas de nutrição, fisioterapia, ginecologia, odontologia que trabalham também na UBS. Não tem hospital. Os exames laboratoriais estão disponíveis duas vezes por semana sim necessidade de agendamento.

A UBS está localizada na zona urbana, é vinculada ao SUS e não tem vínculo com instituição de ensino. Tem uma equipe ESF integrada pelo médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, um odontólogo, técnico de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. Tem uma equipe de técnicos de enfermagens trabalhando na UBS de 700 às 21.00 h de forma escalada. Não é da equipe ESF. Na UBS tem oito leitos de observação para urgências.

A estrutura física da UBS cumpre com as medidas mínimas estabelecidas pelo Ministério de Saúde, está em boas condições físicas e é muito confortável. A unidade encontra-se em reparação e construção de departamentos que ainda não existem. Como deficiências, não existem corrimãos disponíveis nos corredores, os banheiros não têm portas adaptadas e as calçadas são inadequadas para o deslocamento, dificultando o acesso de pessoas com deficiência.

Tem equipamento e instrumentos de uso geral em condições e quantidade satisfatórias. Existe sistema de manutenção e de reposição de instrumentos, mobiliários, reposição de materiais de consumo. Há disponibilidade de equipamento e instrumento de comunicação e informática, internet, telefone, impressora, gravador, quatro microcomputadores que são utilizados de forma racional. Não temos prontuário eletrônico, mas são feitos os registros manuais de prontuários nos atendimentos.

Na área de abrangência da equipe, temos 23 zonas rurais e de difícil acesso, onde os atendimentos são feitos em locais improvisados disponíveis nas comunidades, como escolas, igrejas, salas ou quartos de moradias. Uma estratégia trazida foi sugerir ao gestor da saúde a necessidade de habilitar locais adequados para prestar um atendimento de qualidade. Temos uma unidade móvel odontológica que faz atendimento periódico nas zonas rurais.

As atribuições de profissionais são cumpridas adequadamente, já que as enfermeiras, médicos, odontólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem participam ativamente no processo de territorialização e mapeamento, identificando indivíduos, famílias e grupos expostos a riscos, grupos de agravo da HTA, Diabetes Mellitus, hanseníase e outras doenças. São feitos atendimentos em domicílio pelos profissionais, curativos, verificação de pressão arterial, consultas, procedimentos, coletas de exames a idosos e acamados, troca de sondas de ostomizados e vesicais. Nossa UBS faz-se atendimento de urgência e emergência e, caso necessário, o paciente é encaminhado para hospital de referência, com acompanhamento de profissionais de saúde. Utilizam-se protocolos feitos pelo município para referência de usuários a outros níveis do sistema de saúde.

A equipe reúne-se mensalmente e são abordados temas diversos, construções de agendas de trabalho, organização do processo, poucas vezes há discussão de caso clínico e não se faz monitoramento e análises de indicadores. Uma proposta de trabalho é incorporar os aspectos que faltam nas reuniões da equipe, como por exemplo, discussões de casos, qualificação clínica, monitoramento e análises de indicadores e informação, elementos que facilitaram e melhoraram nosso desenvolvimento.

No município existe um conselho de saúde municipal constituído há 17 anos, integrado com todos os elementos necessários para um funcionamento adequado e que é responsável por analisar todas as dificuldades, reclamações e inquietudes que a população apresenta. A comunidade tem bom critério do serviço e tem bom relacionamento com a equipe, não existem conflitos entre serviço e a comunidade, que não é participativa nas atividades populares. Como estratégia, durante as visitas, os agentes de saúde estão conversando sobre a importância da participação nas atividades coletivas.

A equipe acompanha uma população de 3.565 habitantes e está de acordo com o que é estabelecido pelo Ministério de Saúde. A distribuição da população é a seguinte: 38 menores de um ano, 13 do sexo masculino e 25 do sexo feminino; 184 crianças de 1 a 4 anos, 100 do sexo masculino e 84 do sexo feminino; 584 pessoas de 5 a 14 anos, 301 do sexo masculino e 283 do sexo feminino; 1363 pessoas de 15 a 59 anos, 605 do sexo masculino e 758 do sexo feminino; 402 pessoas de 60 e mais, 199 do sexo masculino e 203 do sexo feminino. Dessa forma, pode-se observar um predomínio da população feminina no município.

Na UBS, não existe uma equipe de acolhimento, faz-se pela auxiliar de enfermagem escalada na recepção. Nas zonas rurais, o agente comunitário de saúde ou técnico de enfermagem faz de forma contínua. Todos os usuários que chegam a UBS são acolhidos e suas necessidades escutadas. O tempo de demora depende da demanda do dia, nunca excedendo os 30 minutos. Existe excesso de demanda espontânea da população da área de abrangência que ainda não está resolvida. A equipe lida com o excesso de demanda espontânea de usuário quando estão com problemas de saúde agudo ou de atendimento imediato/ prioritário, indicando o atendimento que deve procurar, de enfermagem, médico, atendimento de pronto socorro ou de urgências e emergências.

A atenção à saúde das crianças é feita através da puericultura em menores de um ano, não chegando até 72 meses. As ações estão estruturadas de forma programática, já que se trabalha com protocolos do Ministério da Saúde. Tem registro adequado que permite um monitoramento regular, faz-se oferta de puericultura uma vez por semana, às terças-feiras, pelo enfermeiro e pelo médico clínico geral de forma alternada. Nos casos de adoecimento, o atendimento é feito todos os dias. Existem outros profissionais envolvidos na puericultura, como o nutricionista, que orienta sobre alimentação adequada depois que termina o aleitamento materno; odontólogo, que atua só quando a criança tem presença de dentes; fisioterapeuta se tiver alguma deficiência. As ações desenvolvidas na puericultura são pesagem, medição de estatura, cálculo do estado nutricional, exame físico geral e por aparelho, avaliação do desenvolvimento psicomotor, avaliação do esquema de vacinação. Além disso, a mãe é orientada sobre os cuidados da criança, alimentação, acidentes mais frequentes segundo a idade, assim como se planeja a próxima consulta. Não tem critérios definidos para classificação de crianças de risco. Registram-se as atividades de puericultura no prontuário médico e em um caderno criado pelo enfermeiro. As atividades de grupo estão planejadas, mas não se faz com muita frequência, só quando existe um projeto específico.

Os indicadores em crianças menores de um ano se comportam da seguinte forma: 36 menores de um ano (95%) de cobertura da área programática, tendo em vista que a estimativa está abaixo da realidade, 36(100%) das crianças estão com vacinação em dia, delas 28(78%) receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidente com, tiveram consulta em dia de acordo com o



protocolo do Ministério da Saúde 24(67%), com monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta 24(67%), com teste de pezinho realizado até sete dias e com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida 9(25%) crianças, realizaram triagem auditiva 5(14%) e 11(31%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias. O teste de orelhinha atualmente não está sendo realizada por dificuldade com o transporte para deslocar-se ao município de referencia. Nesta faixa etária não se faz avaliação de saúde bucal, só se faz das crianças nas creches e escolas. Nos atendimentos nas zonas rurais, apesar de não ter condições físicas adequadas para uma puericultura, se faz orientação e exame físico dentro das possibilidades.

A avaliação e monitoramento das ações de puericultura só são feitas pelo enfermeiro. Em reunião de equipe de saúde se determinou a participação também do médico. Um compromisso da equipe é melhorar a qualidade das ações de puericultura assim como os registros e avaliação, realizar reunião mensal de equipe de saúde para esta atividade, assim como desde a gravidez falar para que as mães conheçam a importância da realização do teste do pezinho antes de sete dias. Além disso, coordenar e organizar melhor as atividades em grupos, desenvolver também na UBS na sala de recepção de pacientes.

Quanto ao pré-natal e puerpério, o número de gestantes acompanhadas é 25, o que representa um 1,1% da população e corresponde ao que é estimado para o Brasil que é de 38(67%). Nossa UBS realiza atendimento de grávidas e puérperas duas vezes por semana e não tem gestante fora de área de abrangência. Os atendimentos de pré-natal e puerpério são realizados pelo enfermeiro, médico-clínico geral, médico ginecologista-obstetra, nutricionista, odontólogo e psicólogo. Faz-se atendimento de acordo com o protocolo nacional, que é mensal, sendo alternado entre enfermeiro e médico. A gestante sai de UBS com a próxima consulta agendada e definida para que profissional. Também tem ofertas para as gestantes com problemas de saúde agudo, mas não excesso de demanda.

Tem o protocolo do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013) para o atendimento que todos os profissionais que realizam estas atividades. São desenvolvidas ações para problemas clínicos e bucais, encaminhada ao odontólogo depois de terceiro trimestre, controle de câncer de colo de útero, de mama, imunização, planejamento familiar, aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis. Em cada atendimento se faz avaliação de risco de cada gestante conforme o protocolo, que

também são utilizados para regular o acesso a outros níveis. Existe arquivo que é revisado mensalmente pela equipe para detectar gestantes faltosas, em data provável de parto, gestante com risco, que é discutido com agentes comunitários de saúde.

Em relação aos indicadores do pré-natal, obtemos 71% (26) de cobertura de pré-natal, 24 (92%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 26 (100%) tiveram consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, receberam a solicitação de exames laboratoriais preconizados na primeira consulta, com vacinação em dia conforme protocolo. Também 26 (100%) receberam prescrição de sulfato ferroso e receberam orientação para aleitamento materno exclusivo, 21 (81%) tiveram avaliação de saúde bucal. A maior dificuldade foi o exame ginecológico por trimestre com 12 (46%), já que muitas grávidas não querem fazer.

Quanto aos indicadores do puerpério, tivemos 100% de cobertura, pois o número de gestantes coincide com o estimado e a maior deficiência é o exame ginecológico já que as puérperas não têm costume de fazer e recusam-se, nas áreas rurais recebem seu atendimento em domicílio, a avaliação psíquica se faz pelo próprio médico geral, onde 12 (32%) foram avaliadas. A promoção de atividades física se faz em todos os atendimentos (100% de cobertura), mas não é muito acolhida pelas gestantes e puérperas.

A proposta para a melhora do atendimento é garantir meio de transporte para o deslocamento destas usuárias até UBS para fazer o atendimento de recém-nascidos e puérperas. Além disso, aumentar as atividades de grupo com maior participação das grávidas das zonas rurais ou levar até lugares estas atividades.

Na área de prevenção do câncer do colo de útero, a coleta de citopatológico é feita uma vez por semana durante todo o dia com registro adequado no livro de registro. Tivemos 643 (99%) de cobertura do programa, pois a estimativa está abaixo da realidade, porém apenas 261 (40%) das mulheres está com o exame em dia, 382 (59%) está com mais de 6 meses de atraso, 34 (9,9%) tiveram avaliação de risco, 643 (100%) das mulheres foram orientadas sobre a prevenção de risco de doenças transmissível, seja nas consultas, nas palestras, nas atividades de grupo ou nas visitas domiciliares, 234(90%) das amostras foram satisfatórias. Tivemos ainda 8(1%) das mulheres com exames citopatológico alterado e todas são acompanhadas pela equipe de saúde e consultas especializadas.

A estratégia traçada para melhorar os processos de trabalho foi realizar reunião mensal para avaliar o resultado do programa, assim como o acompanhamento de mulheres com exame alterado, aumentar a educação em saúde já que muitas mulheres se recusam a realizar este exame.

No programa de controle do câncer de mama alcançamos 190(98%)% de cobertura, pois mais uma vez a estimativa está abaixo da realidade, mas apesar disto, temos deficiências, pois a mamografia só é feita em mulheres de alto risco, com antecedentes de câncer de mama ou outro tipo de câncer. Dessa forma, tivemos 15 (7%) das mulheres com mamografia em dia, 175 (93%) com mamografia com mais de três meses de atrás, 40 (19%) com avaliação de risco para câncer de mama e 190 (100%) receberam orientação para prevenção do câncer de mama tanto em atividades da comunidade na celebração de outubro Rosa. Outra ação desenvolvida é o exame clínico das mamas realizado nos atendimentos e na coleta de citopatológico. Para melhorar estes indicadores, a equipe planeja uma reunião com o gestor para buscar que este exame seja oferecido a todas as mulheres desta faixa etária preconizada.

No programa de HAS, nossa área de saúde tem estimativa de 310 usuários hipertensos com 20 anos ou mais e, destes, 186 são acompanhados com cobertura de 60%. Os usuários diagnosticados são cadastrados com consultas planejadas e recebem medicamentos gratuitos. Os indicadores de qualidade encontrados foram 81 (25%) hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 217 (68%) com atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, sendo a maior parte da zona urbana que moram perto de UBS, nas zonas rurais se faz atendimento frequente e os usuários são assistidos com maior facilidade. Além disso, 104 (32%) estão com exames complementares periódicos em dia e a mesma quantidade recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular, 186 (100%) dos atendidos receberam orientação para alimentação saudável e 87 (27%) tem avaliação de saúde bucal.

Os aspectos do trabalho que poderiam ser melhorados é aumentar as visitas domiciliares aos faltosos, conscientização dos usuários sobre a importância do acompanhamento periódico para o controle de sua doença e prevenção de complicações. A equipe de saúde tem ações em andamento para o trabalho com grupos e realiza busca ativa de hipertensos através da verificação de pressão arterial em todas as consultas a pessoas maiores de 15 anos.

No programa de DM, a estimativa para a área é de 63 diabéticos, temos 32 cadastrados, correspondendo a 50% de cobertura. Os atendimentos programáticos englobam cadastro, exame físico integral, avaliação e orientação com a nutricionista, entrega dos medicamentos. De todos os casos acompanhados, 21(27%) tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 25(32%) estão com atraso na consulta em mais de sete dias, 53 (68%) com exames complementares periódicos em dia, 49(63%) com exame físico dos pés nos últimos três meses, 49(63%) com palpação de pulsos tibial posterior e pedioso, 49(63%) medida de sensibilidade dos pés nos últimos três meses, 53(68%) com orientação da prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável e 43(55%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Existe grupo de diabéticos e hipertensos que se reúne uma vez ao mês no ginásio da cidade com participação inter-setorial, onde é feita educação de saúde, mas com pouca participação de usuários com estas doenças. A equipe trabalha para a melhora de indicadores de qualidade e a busca ativa de pessoas com diabetes que não são acompanhadas ou não é diagnosticada, assim como inserir a estratificação de risco dos usuários da área de abrangência.

Em relação à saúde de idoso, a UBS tem em sua área de abrangência 407 pessoas com 60 anos ou mais, só que a estimativa para a população brasileira é menor. Isto quer dizer que a equipe tem uma grande população idosa, já que obtivemos 100% de cobertura, considerando que a estimativa está abaixo da realidade. Desenvolve-se o programa de idoso que inclui cadastro, preenchimento de cadernetas, vacinação antigripal e outras, visitas domiciliares. Tem muitas deficiências detectadas no transcurso da realização desta análise situacional.

Em relação aos indicadores de qualidade, só conseguimos informações para um deles, que foi 106(26%) com cadernetas de saúde da pessoa idosa, apesar de saber que muitos a tem. Além disso, os usuários que recebem atendimento são orientados à prática de atividade física regular, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, que não foi possível quantificar. Não há realização de avaliação multidimensional rápida e não existem bom planejamento e monitoramento das ações.

No município existe um grupo de idosos criado há 16 anos com uma representante muito ativa e realizam diversas atividades recreativas, educativas e de saúde que são apoiadas pela equipe de saúde e pelo CRAS, só que a participação é

pouca. Celebra-se também a semana do Idoso, onde são desenvolvidas atividades muito interessantes, jornada de beleza, jornada de caminhar, jornada de dançar, jornada de saúde onde são feitas palestras sobre doenças crônicas, alimentação saudável, como evitar acidentes, importância do acompanhamento na UBS com atendimentos planejados e preenchimento de cadernetas para o registro de indicadores e outros temas.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados que já estão em andamento são um livro de registro de ações e o levantamento da microárea de cada agente comunitário para agendar atendimento, acordado na reunião mensal.

As principais deficiências detectadas ao preencher os questionários e cadernos de ações programáticas e que são os maiores desafios do trabalho da equipe foram a estrutura física dos locais de atendimento das zonas rurais, a demanda espontânea ser muito maior que a demanda programática, a baixa participação da população em atividades de educação em saúde, a puericultura que só tem cobertura em menores de um ano, dificuldade na realização de teste de orelhinha, a resistência do exame ginecológico periódico nas gestantes, a dificuldade de avaliação das puérperas antes dos sete dias, a baixa cobertura de exame preventivo de colo de útero e de mama e a falta de controle de ações no programa de idoso.

Entre as estratégias para melhora dos indicadores deficientes das ações programáticas está melhorando a qualidade da reunião da equipe, onde se devem fazer análises de comportamento de cada programa durante o mês, assim como ressaltar qual é o programa com maior dificuldade e determinar responsabilidades. Além disso, revisar todos os protocolos de atendimentos para esclarecer dúvidas dos profissionais, lembrar a função e atribuição de cada um, melhorar a qualidade dos registros e arquivos com avaliação mensal, solicitar a resposta do gestor referente às deficiências que dependam da secretaria de saúde.

Comparando o texto da segunda semana de ambientação com o texto escrito ao realizar o relatório do Análise Situacional podemos ver a ESF/APS tem dificuldades maiores que as postadas, que tem outros problemas de saúde que em

esse momento não foram detectados, os programas prioritários não se- cumpre com a qualidade que o ministério de saúde estabelece. Além de que existem outros problemas de saúde com maiores dificuldades onde posso desenvolver o TCC, exemplo programa de HAS e DM. Com o análise situacional foi possível conhecer os indicadores programáticos e comparar com as estimativas para Brasil pelo ministério de saúde.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A HAS e o DM vêm aumentando sua importância pela sua crescente prevalência no mundo e no Brasil. São responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiências renais crônicas submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008). Constituem a principal causa de invalidez por Cardiopatia Isquêmica e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A nossa UBS realiza atendimento prioritário de hipertensos e diabéticos, tem sua sede na zona urbana com boa estrutura física, mas não tem dia específico para atendimento destas doenças, o que dificulta o atendimento e a falta de adesão ao programa, que se realiza com maior qualidade nas zonas rurais, onde a equipe de saúde faz atendimento frequente, independentemente do déficit de estrutura física. Os usuários são atendidos por uma equipe de saúde composta por médico clínico geral, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo e seis agentes de saúde que atende a totalidade da população adstrita, que são 2.582 habitantes.

Para a ação programática de HAS e DM, temos 310 hipertensos e 63 diabéticos estimados para a área de abrangência, com uma cobertura de 60% dos hipertensos (186) e 50% (32) de diabéticos. A UBS tem registro de controle dos atendimentos, os usuários recebem medicação gratuita, mas a população urbana não tem boa adesão ao programa. Os atendimentos precisam melhorar em relação à qualidade, realizando estratificação de risco e exame clínico adequado, mas a maior dificuldade existente é a realização do exame clínico de qualidade nas zonas rurais e na zona urbana, por conta da estrutura. O propósito é programar um dia

para atendimentos dos usuários com estas doenças. Temos disponibilidade de laboratório para a realização de exames complementares periódicos.

Um desafio importante é a adesão da população às ações do programa que são desenvolvidas na unidade para melhorar o controle e prevenção da HAS e DM e suas complicações. Nesse contexto, a intervenção da UBS pode melhorar a atenção à saúde, contribuir com as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e a diabetes. Dessa forma, o profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) tem muito a contribuir com estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle destas doenças, assim como redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção a os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Bodó, Bodó/Rio Grande do Norte.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 1.1 Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares



em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Bodó, no Município de Bodó, Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção 310 hipertensos e 63 diabéticos com 20 anos ou mais estimativa segundo CAP. A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/ Moodle do curso.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1:** Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 90 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade.

Detalhamento: A enfermeira em cada atendimento examinará livro de registro, as fichas espelho e os prontuários avaliando que todos os usuários atendidos sejam

cadastrados na UBS. Semanalmente, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira anotarà no livro de registro todos os hipertensos e diabéticos que forem atendidos na UBS durante a intervenção. Da mesma, o registro do atendimento será feito no livro de registro, no prontuário, na ficha espelho, semanalmente, serão registradas na planilha de coleta de dados.

- Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: O acolhimento dos hipertensos e diabéticos ocorrerá diariamente pelo médico e/ou enfermeiro e os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno. Para os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservados três atendimentos de manhã e três à tarde. Todos os usuários sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

- Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Para garantir esta ação, o gestor disponibilizou dez esfigmomanômetro, seis fitas métricas na unidade de saúde com qualidade suficiente e para uso em todos os níveis de atendimentos será feita pelo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS.

- Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O gestor disponibilizou para a unidade de saúde quatro glicômetros para fazer em os atendimentos na UBS, locais adaptados, nas visitas domiciliares hemoglicoteste a todo usuário diabético, hipertenso ou com fatores de risco.

#### Engajamento público

- Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Na quinta-feira da primeira semana, a enfermeira e o médico farão reuniões nos auditórios da cidade com associação de moradores, representantes da comunidade, presidente do conselho de saúde, conselho tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), igrejas e outros líderes da área de abrangência, e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância do programa de hipertensão e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o acompanhamento dos usuários e para esclarecer a importância que tem para evitar complicações graves. Os agentes de saúde farão a mesma atividade nas comunidades que atendem.

#### Qualificação da Prática Clínica

- Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Para desenvolver a intervenção, nas terças-feiras das primeiras semanas será feita capacitação com base nos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e de Diabetes (BRASIL, 2013) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A capacitação será feita na própria UBS, utilizaremos duas horas ao final da reunião mensal da equipe. O médico e enfermeira membros da equipe deverão estudar uma parte do manual e expor o conteúdo aos outros membros.

#### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Estas ações serão realizadas pela enfermagem ao final de cada atendimento com o preenchimento de instrumento criado para este fim, através de entrevistas o resultado será mostrado na reunião mensal da equipe.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Na reunião da equipe do mês de dezembro de 2014, o médico definiu as atribuições de cada membro da equipe na intervenção. A enfermagem ficou responsável pela avaliação de pressão, altura, peso, índice de massa corporal, circunferência abdominal. O médico ficou responsável pelo exame cardiovascular, respiratório, neurológico (sensibilidade) e outros sistemas.

- Ações: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Na reunião da quarta semana, sexta-feira, enfermeira e médico farão uma capacitação sobre hipertensão e diabetes. Será desenvolvida na própria UBS, na sala de reunião.

- Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: O médico toda quinta-feira à tarde disponibilizará uma hora para a realização de capacitação dos profissionais, abordando temas de maior dificuldade. Cada semana, um profissional diferente será responsável pela organização da capacitação.

- Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Juntamente com secretário de saúde serão impressos dois protocolos para disponibilidade de todos integrantes da equipe. O gestor imprimirá protocolos na primeira semana da intervenção e repartirá por área de trabalho mais próximas.

#### Engajamento público

- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Em duas palestras que o médico e a enfermeira farão em atividades na praça pública e ginásio da cidade se falará sobre riscos cardiovasculares e neurológicos, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade avaliada periodicamente para a detecção precoce de complicações e tratamento oportuno. Da mesma forma, em cada atendimento individual médico e enfermeira darão ao usuário estas orientações.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico clínico geral, na quarta-feira da primeira semana, fará um treinamento na UBS com toda a equipe de saúde baseada na realização de exame clínico apropriado, reforçando as atribuições de cada um.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Em cada atendimento médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem revisarão a data dos últimos exames complementares e solicitarão aos que estejam atrasados em mais de 4 meses, assim como avaliarão se tem alteração em algum exame.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O gestor municipal conversará com o laboratório para priorizar cada dia da semana cinco vagas para os hipertensos e diabéticos, assim como agilizar os resultados, enviando à UBS para que o usuário antes de uma semana possa mostrar ao médico.

- Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Para dar cumprimento a esta ação, foi conversado com o técnico de laboratório para que, ao identificar um exame com alteração, notificar imediatamente ao ACS, e este, por sua vez, deverá visitar ao usuário e planejar um atendimento médico.

#### Engajamento público

- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Em cada atendimento individual, o médico ou enfermeira informará ao usuário sobre a importância de realização de exames complementares assim como de suas periodicidades, mediante palestras feitas na ressecção da UBS, e lugares públicos se orientará a comunidade, sobre os temas, explicando que é necessário para a detecção precoce de complicações de rim e outros órgãos alvos.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Aproveitaremos a mesma capacitação sobre os protocolos para treinar a equipe de saúde para a solicitação de exames complementares segundo o estabelecido pelo município e pelo protocolo do ministério.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela enfermagem que vai avaliar o registro de medicamentos disponível na farmácia de quinze em quinze dias, também vai fazer uma verificação de cartões individuais em 100% de usuários atendidos.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de farmácia irá manter um controle rígido sobre os medicamentos que os hipertensos e diabéticos utilizam, avaliando sempre se estão disponíveis de acordo com a quantidade de usuários cadastrados. A entrega só deverá ocorrer para aqueles que estejam com acompanhamento em dia. Organizará ainda o estoque dos medicamentos, avaliando sempre a data de validade.

#### Engajamento público

- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Cada usuário hipertenso e diabético será orientado sobre o direito de receber medicamentos controlados e gratuitos, assim como toda a comunidade será convidada para a reunião mensal do grupo e outras atividades que foram planejadas pela secretaria de assistência social.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para desenvolver esta ação, a secretaria municipal planeja uma capacitação com um especialista para todos os profissionais na própria UBS, na primeira semana da intervenção.

- Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A diretora da UBS oferecerá uma capacitação a toda equipe de saúde sobre as alternativas para os usuários receber os medicamentos que pode ser depois de atendimento médico mediante cartão desenhado para este fim diretamente na farmácia, ou nas zonas rurais através de ACS.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação



- Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Na reunião mensal, o médico fará uma avaliação da totalidade de usuários que precisarão atendimento comparando com a quantidade que foi atendida.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão o exame da boca durante o atendimento e encaminharão ao odontólogo todo usuário que apresente alguma necessidade odontológica.

- Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Planejado com odontólogo priorizar duas vagas as terças e quintas-feiras por semana para esta população, o que totaliza quatro atendimentos por semana e 16 ao mês.

#### Engajamento público

- Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Através de contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade, presidente do conselho de saúde, conselho tutelar, CRAS, igrejas e outros liderem da área de abrangência. Na reunião mensal com o grupo de hipertenso e diabético onde agente de saúde e auxiliar de enfermagem falará destas ações, se efetuarão palestras na recepção da UBS terça-feira dia de atendimentos destas doenças.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar a equipe para avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será efetuada uma capacitação na primeira semana do primeiro mês horário da tarde na UBS com intercâmbio de conhecimentos entre os integrantes da equipe onde o falante será o odontólogo da UBS.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A técnica de enfermagem foi selecionada para avaliar cada usuário que chegue à unidade, verificando se o mesmo tem atendimento no dia ou se está com atendimento atrasado.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos ausentes, ao fazer a busca já fica agendada a consulta.

- Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será estabelecido reservar 5 vagas no dia de atendimento para que os usuários proveniente da visita domiciliar sejam acolhidos.

#### Engajamento público

- Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Será realizada uma palestra pelo médico da ESF no ginásio da cidade no primeiro mês da intervenção, com participação da comunidade e líderes.

- Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Na mesma palestra, escutar se alguma pessoa conhece um vizinho faltoso, devendo informar ao ACS para fazer busca ativa e planejar atendimento.

- Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Através de palestras e nos atendimentos individuais, todo profissional deve oferecer informações sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e a importância do cumprimento das mesmas.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe do primeiro mês será efetuada uma capacitação com ACS pela enfermagem sobre a periodicidade das consultas.

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira de 15 em 15 dias na UBS avaliará os registros e prontuários de todos os hipertensos e diabéticos consultados na quinzena e mostrará os resultados na reunião da equipe de cada mês.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A responsável destas ações será a enfermeira que, no último dia de mês, deve atualizar os dados de SIAB e compartilhar com a secretaria municipal.

- Ações: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Na reunião da equipe do primeiro mês será pactuado o registro de informações que será desenvolvido, escutando experiências e opinião, se avaliaram as fichas já existentes e as fichas espelho.

- Ações: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe definir o responsável de monitoramento do registro, será a enfermagem, que deve avaliar de 15 em 15 e mostrar dados na reunião mensal ao restante integrantes da equipe.

- Ações: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Ao terminar cada atendimento a enfermeira ou médico deverá preencher a ficha espelho, assim ao final do mês deve compartilhar os dados com a secretaria municipal. Será preenchido um cartão vermelho aqueles usuários com atraso dos indicadores ou afetação de órgãos alvos e serão arquivados no registro independente.

#### Engajamento público

- Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Durante o atendimento, o médico ou enfermeiro explicará ao usuário seu direito de estar cadastrado e registrado na UBS e o direito de ser encaminhado a um especialista caso precise. Da mesma forma, em todas as atividades da comunidade e atividades dos grupos, serão explicados para eles estes direitos e deveres sobre a sua saúde.

#### Qualificação da prática clínica

- Ações: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos.
- Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Na primeira semana do mês, na própria UBS, a enfermeira fará uma capacitação com toda equipe sobre os registros adequados, atualizando os já existentes e mostrando as novas fichas.

### **Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

- Ações: Monitorar que 100% de hipertensos e diabéticos devem ter realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A cada primeiro atendimento de todos os hipertensos e diabéticos, o médico verificará se a avaliação cardiovascular já foi feita no ano.

#### Organização e gestão do serviço

- Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Durante a intervenção, serão feitas avaliação de risco cardiovascular de todo hipertenso e diabético em seu primeiro atendimento médico, dando continuidade de forma cotidiana uma vez ao ano. Serão reservadas três vagas por dia para priorizar o atendimento de usuários avaliados com risco cardiovascular, eles terão uma sinalização em seu cartão para serem identificados ao chegar à UBS.

#### Engajamento público

- Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Em cada atendimento, médico ou enfermeiro explicará ao usuário o nível de risco que tem e a importância de acompanhamento e de atendimento agendados.

- Ações: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A cada mês, se realizará uma atividade de grupo onde participarão os hipertensos e diabéticos. As palestras serão alternadas entre médico e enfermeiro, que estimularão o diálogo para que eles demonstrem seus conhecimentos sobre sua doença e, de forma voluntária, falem sobre tema.

#### Qualificação da prática clínica

- Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Ações: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Ações: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Na primeira e segunda semana da intervenção, se fará uma capacitação na própria UBS oferecida pelo médico com toda a equipe de saúde sobre como fazer uma avaliação segundo o escore de Framingham e como detectar alterações de órgãos alvos. Cada avaliação deve ser registrada para subsidiar os próximos atendimentos. Na mesma capacitação se falará que em cada atendimento deverá ser registrado os fatores de risco modificáveis que cada usuário tem.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

- Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico, em cada atendimento através da entrevista, avaliará se o usuário recebeu orientação nutricional em outros atendimentos e se foi encaminhado ao nutricionista. Está prevista a realização de orientação nutricional mediante instrumento elaborado pela equipe, que será aplicado nas consultas agendadas, espontâneas e visitas domiciliares.

#### Organização e gestão do serviço

- Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Será desenvolvida pela nutricionista nas atividades de cada mês do grupo de hipertensos e diabéticos, para o qual se solicitará que cada usuário leve um prato saudável e exponha sua importância e será feita no ginásio da cidade.

- Ações: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: A cada quinta-feira serão feitas atividades, uma em cada ginásio da cidade e outra na casa social, onde se desenvolverão palestras e atividades práticas demonstradas pela nutricionista sobre alimentação saudável, com apoio do gestor e da secretaria de saúde para facilitar a oferta de alimentos saudáveis.

#### Engajamento público

- Ações: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Esta ação será feita pela enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico em cada atendimento. Nas visitas domiciliares de ACS se dará orientação aos usuários e na mesma visita será feita orientação aos familiares de hipertensos e diabéticos sobre a importância de alimentação saudável para o controle da doença.

#### Qualificação da prática clínica

- Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Continuando o desenvolvimento de ações, a nutricionista vai dar um treinamento na primeira quarta-feira do mês na própria UBS, com a participação da equipe de saúde sobre alimentação saudável.

- Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Esta ação será realizada pelo diretor do centro de saúde na terceira quinta-feira da primeira semana, vai dar formação sobre metodologia de educação em saúde, no escritório de saúde da prefeitura, onde participará toda equipe de saúde, secretário e outras pessoas.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos

#### Monitoramento e avaliação

- Ações: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Esta ação será realizada pela auxiliar de enfermagem que vai preencher o formulário que foi projetado pela equipe de saúde, apresentando os resultados na reunião mensal.

#### Organização e gestão do serviço

- Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será pactuada com gestor a criação de uma academia que funcione três vezes por semana ou ativar a academia já existente para a utilização

dos hipertensos e diabéticos junto com população geral, na prática de exercícios físicos.

- Ações: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Pactuar com o gestor de saúde a contratação de educador físico e criação de uma academia ou ativação da existente, que funcione três vezes por semana em diferentes horários para dar cobertura a diferentes grupos populacionais.

#### Engajamento público

- Ações: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Ações: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Nas palestras com a participação comunitária uma vez ao mês, nas visitas domiciliares, no acolhimento e nas consultas na UBS, os usuários e a comunidade serão informados sobre a necessidade da prática regular de atividade física.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Esta ação será efetivada pelo reabilitador que trabalha na UBS, na quinta-feira da segunda semana, na sala de reuniões de equipe de saúde, dando um treinamento sobre a importância da prática de atividade física regular para o controle das doenças crônicas.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos



Detalhamento: Dando continuidade às ações, este monitoramento será feito com o preenchimento do instrumento no momento do atendimento e através de entrevista, mostrando os resultados na reunião mensal. Nas palestras com a participação comunitária uma vez ao mês, nas visitas domiciliares, no momento do acolhimento e nas consultas na UBS, o usuário e a comunidade serão informados sobre o risco de tabagismo.

#### Organização e gestão do serviço

- Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Em reunião na quarta feira da primeira semana, se pactuará com o gestor a compra de 50 kits de tratamentos do abandono ao tabagismo e se tentará estabelecer uma jornada de consulta para desestimular o hábito de fumar com 10 atendimentos semanais.

#### Engajamento público

- Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: se encaminhará a todo usuário hipertenso e diabético tabagista ao atendimento para desestimular o hábito de fumar, com uma cobertura de 10 por semana, onde receberão conselhos práticos e tratamento para o abandono do tabagismo.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelo médico clínico geral, que oferecerá uma capacitação à equipe de saúde na própria UBS, no primeiro sábado da primeira semana.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

#### Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pela enfermeira avaliando em cada atendimento a orientação sobre higiene bucal ao preencher a ficha e o instrumento desenhado.

#### Organização e gestão do serviço

- Ações: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O médico disponibilizará de, no mínimo, 20 minutos para cada atendimento, que permita fazer uma consulta integral oferecendo todos os aspectos de educação em saúde.

#### Engajamento público

- Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Em cada atendimento, no acolhimento, na sala de recepção e em cada visita domiciliar se oferecerá orientação aos usuários sobre a importância da higiene bucal, o responsável será o odontólogo.

#### Qualificação da prática clínica

- Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Será desenvolvida pelo odontólogo mediante uma capacitação da equipe de saúde na própria UBS, na terça feira da segunda semana de intervenção.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização da intervenção no programa de hipertensão e diabetes usaremos como protocolo o Caderno de Atenção Básica nº 37 – HAS (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 – DM (BRASIL, 2013b). Utilizaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, bem como os prontuários, os livros de registros da unidade e os registros do Sistema de Informação da Atenção (SIAB).

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira anotarà no livro de registro todos os hipertensos e diabéticos que forem atendidos na UBS durante a intervenção. Da mesma forma, o registro do atendimento será feito no prontuário e na ficha espelho e, semanalmente, serão consolidados na planilha de

coleta de dados. Ao mesmo tempo, a mesma realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre o livro de registro de atendimentos. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir 400 fichas-espelho necessárias.

Depois de feita a análise situacional e definido o foco para intervenção, os quais já foram discutidos com a equipe, começaremos a intervenção pela capacitação dos profissionais sobre os protocolos definidos para hipertensos e diabéticos, citados acima. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e serão realizadas nas duas primeiras semanas. O médico e a enfermeira serão responsáveis. Além disso, toda quinta-feira à tarde na UBS haverá capacitação da equipe nos temas com maiores dificuldades, o responsável será o médico.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos ocorrerá diariamente pelo médico e/ou enfermeiro na UBS e os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno. Para os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservados três atendimentos de manhã e três à tarde. Todos os usuários sairão da UBS com a próxima consulta agendada no seu cartão.

Para sensibilizar a comunidade, realizaremos palestras na própria UBS e nos ginásios da cidade, com envolvimento de todos os profissionais da unidade. Solicitaremos ao gestor um carro de som para divulgação na comunidade. Buscaremos parcerias também com os equipamentos sociais do nosso território.

Para o monitoramento da intervenção, a enfermeira examinará as fichas espelho e prontuários de todos os usuários com hipertensão e diabetes que comparecerem ao atendimento, semanalmente, na própria UBS. Avaliará os usuários que têm atraso nos exames clínico, laboratorial, que precisem de atendimento odontológico, sendo essas informações inseridas e destacadas na planilha de coletas de dados ao final de cada semana. O agente comunitário fará busca ativa destes usuários para alcançar 100% de faltosos e já agendará o atendimento para a mesma semana ou na semana seguinte.

Para garantir a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, em cada atendimento, a enfermeira será responsável por avaliar pressão arterial, altura, peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal, fazendo os registros no prontuário. O médico será responsável de fazer o exame clínico de aparelhos e sistemas, incluindo o da boca, fará estratificação do risco cardiovascular, aplicará escore de Framingham e encaminhará ao odontólogo ou especialista se precisar.



Para avaliar estas ações, ao final de cada mês, a enfermeira preencherá o instrumento criado para este fim e o resultado será apresentado na reunião mensal da equipe.

Para viabilizar o acesso aos medicamentos e a sua disponibilidade, de quinze em quinze dias, será feita uma avaliação dos medicamentos existentes e disponibilizados na farmácia da UBS para os hipertensos e diabéticos, assim como a avaliação se a quantidade está de acordo com o número de usuários cadastrados. A enfermeira será a responsável, além de avaliar em cada atendimento o cartão dos usuários atendidos. A técnica de farmácia será a responsável pelo controle rígido dos medicamentos e só fará a dispensação aos usuários com atendimento em dia.

A promoção e educação em saúde serão feitas de forma contínua em cada atendimento, seja na consulta, visita domiciliar, atividade do grupo ou com a comunidade. Os responsáveis serão o médico e enfermeira. A técnica de enfermagem preencherá o formulário específico para este fim mensalmente e os resultados serão avaliados nas reuniões da equipe.

Para a ação de estimular a realização de atividade física pelos usuários, o médico ficará responsável de buscar junto ao gestor a pactuação do funcionamento da academia para atividades com hipertensos e diabéticos, duas ou três vezes por semana.

Para viabilizar a ação de cessação do tabagismo, o médico e a enfermeira tentarão pactuar com o gestor o estabelecimento de uma consulta para desestimular o hábito de fumar com uma cobertura de 10 usuários por semana, feita pela psicóloga do CRAS, assim como disponibilizar tratamentos completos para este fim em cada consulta.

Os usuários que precisem serão encaminhados ao especialista ainda o município não disponibiliza tem convênios com outros municípios.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção iniciou com a divulgação primeiro através das reuniões com a equipe de saúde e o resto dos trabalhadores da UBS, depois em cada atividade social efetuada nas igrejas evangélica e católica, também foram realizadas atividades na prefeitura e na praça para discutir sobre a intervenção.

Durante as primeiras semanas houve dificuldades no desenvolvimento do trabalho, pois a cidade apresentou grande surto de dengue aumentando a demanda espontânea e a realização de muitas atividades extra. Aproveitamos esse acontecimento para falar sobre o projeto e ter contato com as comunidades. No início foi difícil, tivemos pouca participação de usuários, mas com o decorrer das ações atingimos porcentagens maiores. Outra dificuldade foi a abundante chuva que dificultou o acesso a comunidades longas atrasando os atendimentos.

A primeira dificuldade que enfrentamos antes de começar a intervenção foram os locais de atendimentos das zonas rurais, sem condições adequadas para um exame físico de qualidade. Pela sugestão da orientadora, falamos com o gestor proporcionar uma maca portátil, que foi resolvido no mesmo mês. Mas isto não pode ficar como rotina, por ser muito desconfortável, assim deixamos a sugestão de criar um consultório adequado, em uma zona rural que dê acesso a toda população, para fazer atendimentos contínuo e de qualidade.

Nas reuniões a equipe foi treinada sobre os protocolos do ministério, fatores de risco de Hipertensão e Diabetes, verificações de pressão arterial, realização de hemoglicoteste e outras questões. A equipe no início pensou que seria muito trabalho, mas aceitou com entusiasmo após a intervenção e está empenhada em trabalhar. As reuniões efetuam-se de quinze em quinze dias, com bom desenvolvimento e participação ativa.

Começamos com o cadastro e registro de cada usuário que veio para atendimento. Os atendimentos são feitos de qualidade, além dos atendimentos de demanda espontânea. No início tinha dificuldade com a avaliação das medidas antropométricas, que não eram avaliadas, tendo importância para o preenchimento da ficha espelho e para fazer a orientação nutricional do usuário, mas já forma parte da rotina da UBS. Do mesmo jeito aconteceu com o odontólogo que no início, os usuários encaminhados não eram atendidos na data, tudo isso ficou bem organizado e não tivemos dificuldades, tem muitos usuários aguardando para próteses e outros tratamentos. Foi difícil, mas adaptamos as técnicas de farmácias e usuários que enquanto não tivessem consulta em dia não podiam receber os medicamentos.

A busca ativa começou a ser realizada pelos agentes comunitários e todos os trabalhadores da UBS ficaram envolvidos no projeto. Faz-se o planejamento dos usuários faltosos e verifica-se o cumprimento. Nas primeiras semanas não atingimos a quantidade planejadas pelo excesso de demanda espontânea. Foi necessário realizar jornadas extras e aumentar as visitas domiciliares de usuários que não tem como se deslocar até a UBS, para aumentar os indicadores. Mas tivemos o apoio de todos os trabalhadores da UBS. Não apresentamos dificuldade com realização de exame de laboratório e os resultados em tempo.

O momento de alimentação saudável foi uma das atividades mais agradáveis, uma grande participação de usuários dos projetos e de outros interessados. Tivemos a participação de secretários municipais, o educador físico fez atividades de demonstração, medição de peso e altura, a nutricionista fez palestras muito interessantes, elaboração no instante de pratos saudáveis e oferecimento de lanche. Avaliação de pressão arterial, realização de hemoglicoteste, vantagens para fazer convite a todos os participantes para se consultar.

Em geral a intervenção foi aceita pela população, a equipe comprovou a vantagens para o controle dos usuários com hipertensão e diabetes, assim como para evitar o excessivo uso de medicamentos e complicações das doenças, avaliar sua saúde e qualidade de vida.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Dentro das ações previstas e não desenvolvida tivemos a consulta de abandono de tabagismo, que ainda não foi possível estabelecer, assim como a

disponibilização de tratamentos para desestimular o hábito de fumar, já que o gestor não conseguiu fazer o convênio com profissionais.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A coleta de dados foi possível através da ficha espelho e do prontuário médico preenchido em cada atendimento. Quanto aos dados correspondentes a cada indicador, não tive dificuldades, preenchemos a planilha de coletas de dados, no programa Excel e transformados em gráficos.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Para dar continuidade aos serviços, os usuários para receber os medicamentos tem que ter atendimento em dia e refletido no cartão ações incorporadas à rotina do serviço. Avaliação de medidas antropométricas a todo usuário, avaliação de pressão arterial a todo usuário maior de quinze anos, atendimento odontológico a todo usuário encaminhado pelo médico ou enfermeira. Os atendimentos feitos pela enfermeira tem qualidade, são avaliados peso, altura, índice de massa corporal, cumprimento do tratamento e da dieta, o usuário sai da consulta com orientação de alimentação saudável, da realização de atividade física e programação da próxima consulta refletida na ficha de acompanhamento e no cartão.

Os atendimentos das zonas rurais, o exame físico, fazem-se com uma maca portátil, até a construção de uma unidade médica como foi sugerido. Os agentes comunitários continuam a busca ativa de usuários faltosos e planejam atendimentos. Também fazemos pesquisa ativa de hipertensos e diabéticos nos usuários de risco.

Toda quarta feira de manhã o grupo de hipertensos e diabéticos continua efetuando atividades conjuntas, mas o grupo de idoso, onde desenvolvem atividades educativas e de treinamento, com participação do educador físico e a nutricionista, uma vez ao mês, oferece palestras educativas sobre alimentação saudável e efeitos indesejáveis dos medicamentos.

O projeto de intervenção já faz parte dos serviços da UBS e da sua rotina diária, priorizando o controle ao hipertenso e diabético, para melhorar qualidade de vida baseada na promoção e prevenção e monitoramento das doenças, garantindo um bom desenvolvimento da saúde e qualidade de vida deles.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A UBS Bodó atinge uma população adstrita estimada de 3565 habitantes, cuja população aproximada é 2376 com 20 anos ou mais e dentre essa população. A estimativa de hipertensos para área é de 310 e de diabéticos de 63 segundo CAP infelizmente na unidade não se tinha um registro adequado desses usuários, ou seja, um cadastro de qualidade nem recebiam um acompanhamento regular pelas equipes.

No transcurso desta intervenção conseguiram-se avaliar 299 (96,5%) hipertensos e 58 (92,1%) diabéticos, a seguir mostra-se o cumprimento de cada objetivo com sua meta e indicador.

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1.** Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1.** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Durante a intervenção o número de usuários hipertensos cadastrados foi aumentando progressivamente, pois tínhamos 310 hipertensos na área de abrangência. No primeiro mês foram cadastrados 56 hipertensos (18,1%), no segundo mês 58 hipertensos (36,8%) e no terceiro e último mês conseguimos cadastrar um total de 299 hipertensos (96,5%) de cobertura. A seguir, a Figura 1 mostra-se a evolução deste indicador.

A ação que mais ajudou na captação dos usuários hipertensos, foi o trabalho mantido dos ACS na comunidade fazendo acompanhamento destes usuários durante as visitas domiciliares procurando eles para consulta. No primeiro mês tivemos dificuldades, pois a intervenção foi reduzida para 12 semanas já que a meta, no início foi proposta para 16 semanas, as condições do clima com chuvas fortes e alagamentos atrapalhou bastante, impedindo o trabalho em alguns momentos, assim como o surto de Dengue que afetou a cidade, aumentando a demanda espontânea. Mas, para o terceiro mês foi preciso fazer expedientes e jornada extra até 18 horas. Tivemos apoio de todos os trabalhadores da UBS. Os ACS saíam em busca de usuários e já voltavam com eles ou planejavam para o seguinte dia. Também fizemos visitas domiciliares a usuários que não podem se deslocar até a UBS. Ao final as metas foram cumpridas. Os usuários que não foram cadastrados nestes três meses serão procurados pelos ACS nas comunidades, a verdadeira intenção é alcançar 100% de cobertura nos meses seguintes e desse jeito garantir o ótimo cumprimento do programa e formar parte da rotina da UBS.

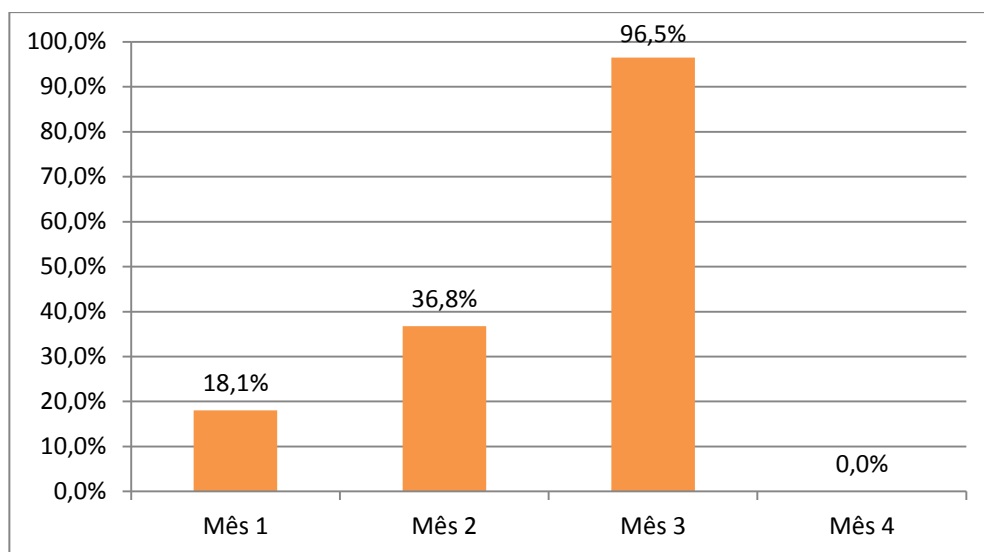


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na UBS Bodó, Bodó RN, 2015.

**Meta 1.2.** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Do mesmo jeito que na HAS, durante a realização da intervenção foi aumentando progressivamente a proporção de usuários diabéticos cadastrados no



programa, em que tínhamos 63 diabéticos residentes na área de abrangência. No primeiro mês cadastramos 10 diabéticos (15,9%), no segundo mês 20 diabéticos (31,7%) e no terceiro e último mês foram cadastrados 58 (92,1%) diabéticos, dessa forma ao final da intervenção alcançamos a meta planejada.

A seguir mostramos a Figura 2, a evolução deste indicador. Repete-se as ações da meta anterior, em que o que mais influenciou na captação e/ou cadastro dos usuários diabéticos foi o trabalho intenso e sistemático dos ACS na comunidade com as visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos, para garantir à assistência deles à consulta programada, além disso, percebemos que a população tem maior percepção de risco e medo de DM, achando que é uma doença pior, levando-os a procurem mais os serviços de saúde, mas podemos garantir que depois da nossa intervenção a população na área adstrita teve um ganho de conhecimentos sobre estas doenças e sua prevenção e controle.

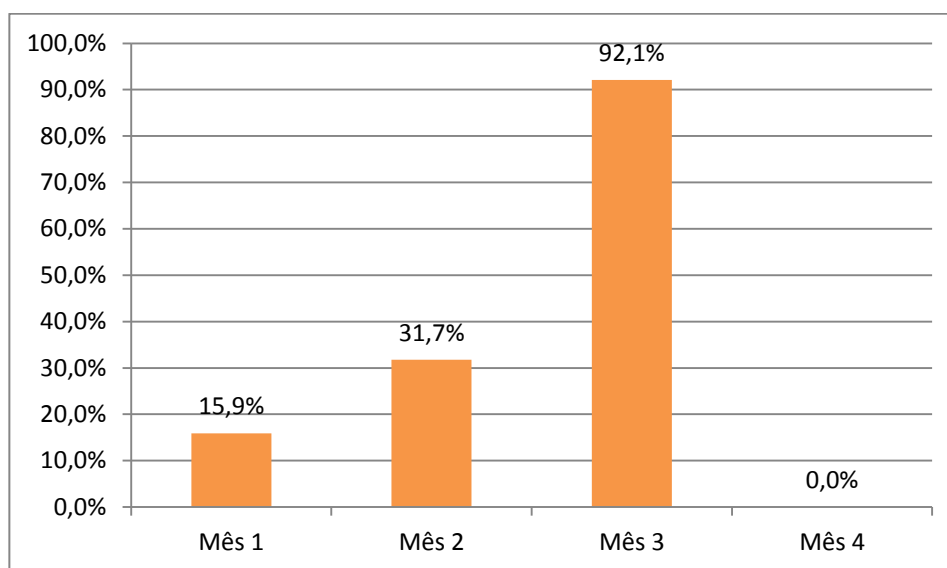


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na UBS “Bodó, Bodó-RN, 2015.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Na análise dessas metas, quanto à proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, nota-se um comportamento favorável desde o início da intervenção até o final, pois uma vez que o usuário foi cadastrado a equipe encarregou-se de garantir seu atendimento, tanto na unidade quanto na visita domiciliar. Assim alcançamos a meta de 100% em todos os meses.

Esta ação foi possível depois da capacitação da equipe sobre uso de protocolos do ministério (BRASIL, 2013). Em cada atendimento fez um exame clínico de qualidade, isto necessitou do uso de uma maca portátil para os atendimentos nas zonas rurais e a avaliação pela técnica de enfermagem ou enfermeira de peso, altura, circunferência braquial, índice de massa corporal (IMC). Para cumprimento do indicador cada usuário que chegava ao atendimento foi recebido pela técnica de enfermagem encarregada de avaliar todas as medidas antropométricas, avaliação de pressão, hemoglicoteste. O exame inclui avaliação pelo médico de aparelho cardiovascular, respiratório, abdômen, neurológico (sensibilidade, refletividade), exame da boca para determinar necessidade odontológica e outros. Esta ação passa a ser parte de rotina da UBS. Para isto o gestor disponibilizou de 10 esfigmomanômetros, quatro glicômetros, fitas métricas, balança.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

A todos os hipertensos cadastrados foram solicitados os exames complementares. No primeiro mês, de 56 hipertensos cadastrados 47 (83,9%) estavam com exames em dia, no segundo mês de 114 cadastrados 89 (78,1%) estavam com exames em dia e no terceiro mês de 299 atingimos 282 (94,3%) hipertensos com exames em dia. Isto foi planejado com o gestor e com o diretor de laboratório para garantir os reativos e o resultado em tempo real. Mas não conseguimos alcançar 100%, pois a demanda era muito grande. Observa-se na Figura 3.

Foi recomendado a ACS visitar os usuários pendentes para avaliar o resultado de exame. Fato da requisição foi cumprido.

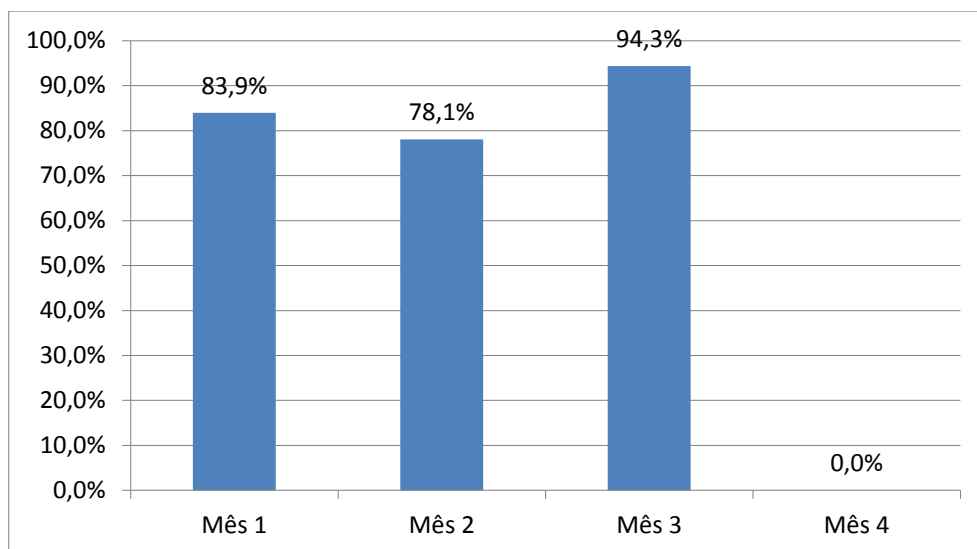


Figura 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS "Bodó, Bodó RN, 2015".

**Meta 2.4.** Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.4.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste indicador nota-se um comportamento favorável, pois no primeiro mês foi possível atingir nove (90%) diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo de 10 cadastrados, no segundo mês conseguimos 18 (90%) diabéticos fizessem seus exames complementares de 20 cadastrados e no terceiro mês 55 (94,8%) diabético tinham seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo de 58 cadastrados. Observa-se na Figura 4.

O principal fator que ajudou obter estes resultados foi o trabalho feito pela ESF para garantir em cada atendimento dos usuários diabéticos a solicitação dos exames complementares segundo os protocolos atualizados, assim como a preocupação mantida dos ACS muito comprometidos com seu trabalho, e mesmo a preocupação do próprio usuário em fazer os exames, geralmente o diabético se preocupa mais pela sua doença do que o hipertenso. Neste indicador pretendemos melhorar nos próximos meses para atingir 100%.

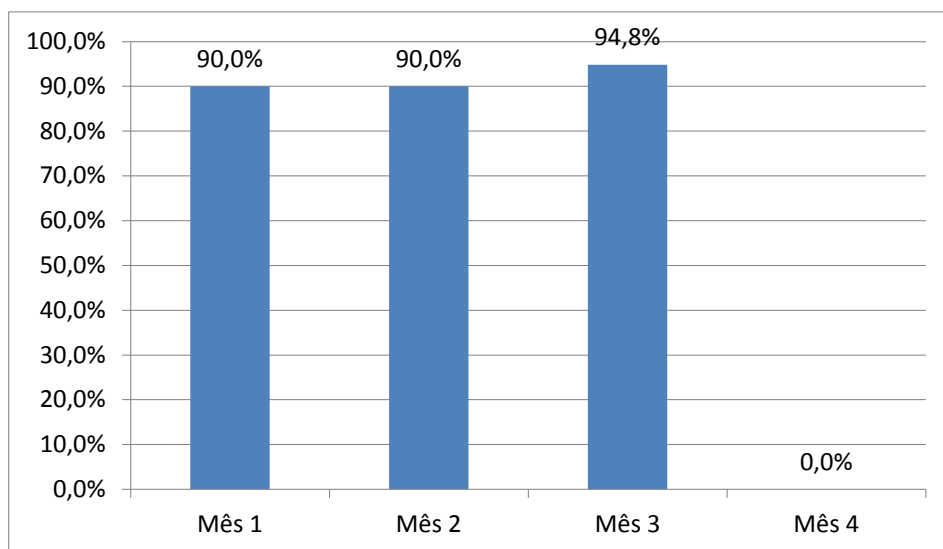


Figura 4. Proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Bodó, Bodó-Rn, 2015”.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A Figura 5 mostra a prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. No primeiro mês foram 55 (98,2%), no segundo mês foram 112 (98,2%) e no terceiro mês foram 294 (98,3%) hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. O restante recebe medicamentos que precisam comprar ou recebe na consulta do especialista que o acompanha.

A ação que mais ajudou no cumprimento da meta foi o estudo do consumo feito em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS para garantir assim a maior quantidade possível de medicamentos, segundo as necessidades dos usuários. O aspecto negativo que impediu atingir a meta proposta foi o fato de que tem usuários que precisam de alguns remédios não disponíveis nestas farmácias e também que alguns deles tinham acompanhamento prévio por médicos particulares ou com planos de saúde e usavam remédios manipulados.

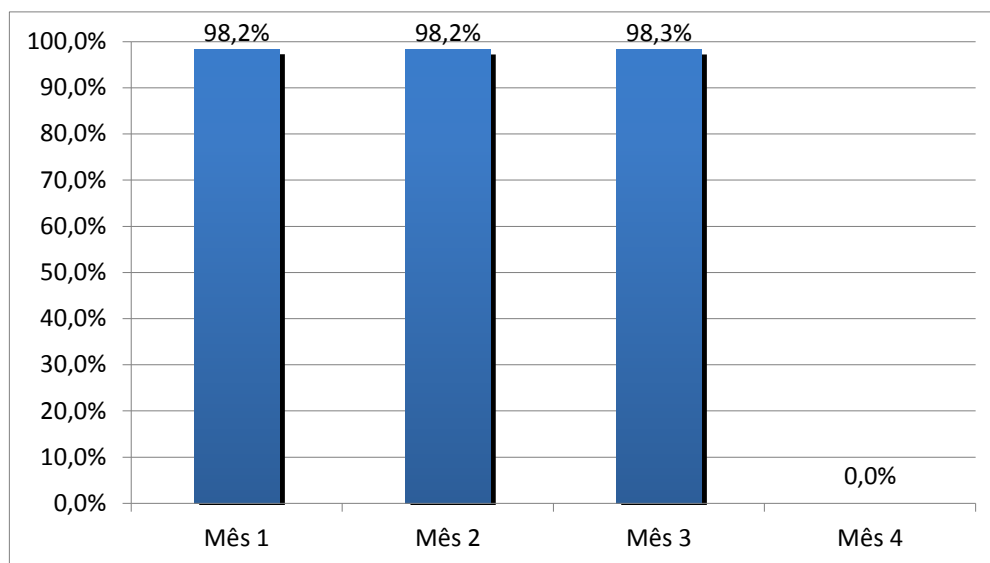


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS “Bodó, Bodó RN, 2015”.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A Figura 6 mostra a quantidade de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no primeiro mês foram 10 (100%) diabéticos, no segundo mês de 20 cadastrados 19 (95%) diabéticos e no último mês de 58 foram 55 (94,8%) diabéticos que usam medicamentos da farmácia popular. Observa-se na Figura 6.

Assim como nos hipertensos, o aspecto negativo que impediu atingir a meta proposta foi o fato de que tem usuários que precisam de alguns remédios não disponíveis nestas farmácias e também que alguns deles tinham acompanhamento prévio por médicos particulares ou com planos de saúde e usavam remédios manipulados.

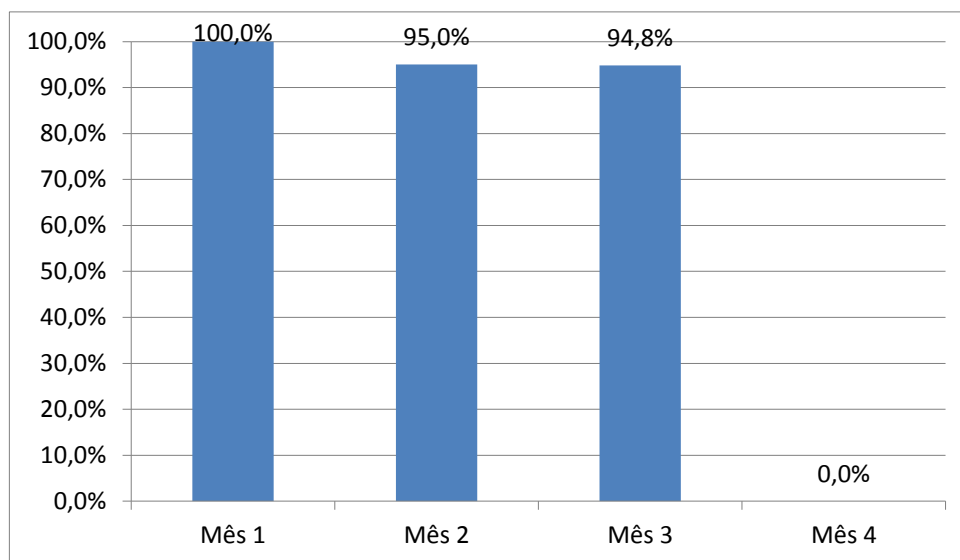


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS “Bodó, Bodó RN, 2015”.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Estes indicadores desde o início cumprimos em 100%, já que em cada atendimento como parte do atendimento integral realizamos revisão da cavidade bucal e dávamos os encaminhamentos necessários. Todos os hipertensos e diabéticos foram avaliados em quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Para cumprir este indicador foram feitas palestras pelo odontólogo e planejamos a cada quarta-feira oferecer atendimento a todos os usuários que mediante avaliação clínica precisaram do atendimento.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1.** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, a equipe fez um ótimo trabalho, pois conseguimos resgatar 100% de faltosos em todos os meses.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde como elo fundamental entre a comunidade e a ESF foi importante para cumprir a meta, pois eles desenvolveram as principais ações na busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas e forneceram a informação necessária para o sucesso desta ação.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Ao analisar o comportamento dos hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, encontrou-se um comportamento muito estável e satisfatório do indicador, desde o primeiro ao último mês alcançamos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para alcançar este indicador contou-se com o empenho dos profissionais da equipe ao preencher a ficha espelho adequadamente, o prontuário e livro de registro. Em que realizamos a capacitação, no início da intervenção, utilizando materiais de apoio fornecidos pelo Ministério da Saúde e a UFPEL, onde foram ensinadas as ferramentas para o preenchimento adequado. Além disso, é importante destacar que tivemos o apoio da gestão da UBS e da comunidade para garantir os materiais.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.**

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1.** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para estes indicadores tivemos 100% da proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Os resultados obtidos nestes indicadores foram alcançados pelo empenho e compromisso dos profissionais da equipe, monitorando o cumprimento da atividade a cada semana, além das capacitações feitas no início da intervenção com os protocolos atuais, já que durante o atendimento fazemos exame clínico completo.

**Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.



**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Para estes indicadores todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Foi possível o cumprimento dessas metas em todos os meses através de palestras, nas salas de espera, nos atendimentos individuais, nas palestras públicas. A equipe recebeu capacitação e apoio do nutricionista do NASF, educador físico do PSF e odontólogo, que permitiu aprimorar os conhecimentos e também fizeram todos os atendimentos que avaliamos como necessários. Outros fatores que influenciaram no sucesso dessa tarefa, partindo das atividades propostas segundo o cronograma, foi o esforço realizado pelos integrantes da equipe e ainda outros profissionais no cumprimento delas, essas ações passam a fazer parte da rotina da UBS. Todos os hipertensos e diabéticos receberam as orientações nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas nas igrejas e nas escolas da comunidade.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção. Tendo um destaque para a ampliação de atendimento com qualidade do exame clínico completo, do exame dos pés dos diabéticos, exames complementares de acordo com os protocolos, garantir medicamentos da farmácia

popular, garantir que todos os usuários sejam acompanhados pela equipe de saúde e para a classificação de risco de ambos os grupos, avaliação de necessidade odontológica assim como encaminhamento quando necessário, orientação nutricional e sobre a necessidade de atividade física, assim como a importância da higiene bucal. Tudo isso tem como resultado um atendimento integral e de qualidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção e o restante trabalhadores da UBS. Cada profissional ficou com uma atribuição, a recepcionista avalia se tem atendimento planejado, se há busca ativa, entrega do prontuário e ficha de acompanhamento, a auxiliar de enfermagem avalia as medidas antropométricas e registra nas fichas, a enfermeira revisa o cartão de medicamentos, com atendimentos em dia, oferece educação em saúde sobre mudança do estilo de vida (importância da alimentação saudável, realização de atividade física, importância da higiene bucal e outros), a médica realiza exame clínico completo, solicita exame complementares se necessário, avalia tratamento, faz classificação de risco e planeja atendimento alternativo enfermeira-médica.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Para a comunidade o impacto da intervenção ainda é pouco, gera insatisfação nos membros da comunidade que aguardam na sala de espera e desconhecem a importância desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada e como vamos incorporar à

intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. A não existência de maca para o exame clínico nas zonas rurais, a não entrega de toda medicação aos usuários, demorando na entrega dos resultados dos exames complementares.

A intervenção foi incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A intervenção passou a fazer parte da rotina do serviço da UBS e tendo impacto em outras atividades como no programa de pré-natal e no de câncer de colo e útero.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta da necessidade de atendimento odontológico. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos melhorar o programa de idosos da UBS que, além de já estar implementado, ainda não é cumprido com qualidade.

Daqui para frente o serviço funcionará melhor, a unidade terá não a mesma equipe, mas uma equipe mais unida, fortalecida, mais trabalhadora, com as novas rotinas de trabalho incorporadas e terá uma comunidade mais comprometida com a sua saúde, mais valorizada, com mais cultura de saúde e melhor atendida, graças a nossa intervenção.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezados gestores,

Já concluída nossa intervenção fizemos uma reunião com representantes municipais, gestores, secretários e prefeito, em que tratamos como funcionava o programa de Hipertensão e Diabetes na UBS, com baixa cobertura e atendimentos com falta de integralidade e acompanhamento adequado.

Explicamos para eles o cronograma que foi discutido no início e que foi cumprido com algumas falhas, mas a intervenção deu certa e atingimos nossos objetivos e metas.

No início fizemos capacitação à equipe de saúde para melhor desenvolvimento, determinando a responsabilidade e ação de cada membro baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde.

Foi necessário fazer algumas mudanças nos atendimentos da UBS como garantir seis ficha a cada quarta-feira, para os usuários referenciados da busca ativa pelo ACS. Assim como planejar com odontólogo a prioridade dos usuários cadastrados na intervenção que precisassem de atendimentos.

Com a intervenção atingimos cadastrar 299 (96,5%) hipertensos e 58 (92,1%) diabéticos, mas sabemos que ainda tem sub-registro destas doenças, sendo necessário dar continuidade e esta ação faz parte da rotina de trabalho da UBS.

Atingimos os indicadores propostos, os usuários foram cadastrados, com registro adequado nas fichas de acompanhamento, avaliados clinicamente do jeito que é estabelecido pelo Ministério da Saúde. Fizemos a busca ativa a todo faltoso, receberam orientação sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física, sobre risco de tabagismo e sobre higiene bucal. Ao longo da intervenção todos os diabéticos e hipertensos receberam estratificação e risco cardiovascular e exame clínico de acordo com o protocolo, atingindo os 299 hipertensos cadastrados e os 58 diabéticos.

Alguns dos indicadores de qualidade e seu comportamento durante os três meses da intervenção.

Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos.

Mês 1: 56 (100%), mês 2: 58(100%), mês 3: 299(100%).

Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos diabéticos.

Mês 1: 10(100%), mês 2: 20(100%) mês 3: 58 (100%).

Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Mês 1: 47 (87,9%) mês 2: 89 (78,1%) mês 3: 282(94,3%)

Garantir a 100% dos diabéticos exames complementares em dia de acordo com os protocolos.

Mês 1: 10 (15,9%), mês 2: 20 (31,7%), mês 3: 55 (94,8%)

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Mês 1: 55(92,2%), mês 2: 112(98,2%), mês 3: 294(98,2%)

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Mês 1: 10(100%), mês 2: 19 (95%), mês 3: 55(95,8%)

O cumprimento foi possível pela participação ativa da equipe, dos ACS, na continua busca ativa de usuários faltosos, a dedicação da técnica de laboratório e de farmácia, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médica e demais trabalhadores da UBS.

O apoio da gestão também foi fundamental na divulgação e na logística de atividades efetuadas e em garantir os equipamentos necessários. Não podemos esquecer a participação ativa da nutricionista e do educador físico do NASF.

Temos certeza que a gestão tem ainda muito que fazer para que toda esta intervenção continue na rotina de trabalho da UBS, garantindo a estrutura física confortável, para melhor desenvolvimento dos profissionais de saúde, incluindo nas zonas rurais que ainda tem grandes dificuldades.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários,

Muitos de vocês já me conhecem, sou a Martha, médica do programa Mais Médico que estava realizando um projeto nesta UBS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

Depois de concluída a intervenção realizamos entrevistas com grupo de usuários que estavam dentro do projeto e outros que não foram participantes, foi muito interessante e instrutivo, a partir desta conversa foi possível elaboração deste relatório para a comunidade usando uma linguagem apropriada. Informamos sobre a intenção da equipe de fazer esta intervenção para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos como estabelecido pelo ministério de saúde.

O primeiro passo da intervenção foram os encontros com os gestores, com secretários municipais e com a comunidade em diferentes cenários como nas igrejas, atividades nas praças e sala de espera da UBS, para o conhecimento do programa de HiperDia e a importância de melhorar sua qualidade e que todos os usuários precisam serem acolhidos e cadastrados. Explicamos para todos da importância do projeto, já que tem usuários que comparecem a UBS, em busca de atendimento, só em caso de doenças agudas ou na busca de medicamentos. Muitos não conhecem os riscos e complicações que podem acontecer se não forem bem acompanhados e orientados.

Elaboramos um cronograma de atividades que incluiu preparação da equipe, atendimento integral a cada usuário hipertenso e diabético, com um exame clínico integral e de laboratório como estabelece o Ministério da Saúde, avaliar os tratamentos, fazer busca ativa por parte dos ACS de usuários que não tem atendimento em dia, oferecer educação e promoção de saúde, seja de forma individual quanto coletiva através de palestras, promover uso de medicamentos da farmácia popular, educação sobre orientação nutricional, prática de atividade física,

risco de tabagismo, higiene bucal, tudo isto para mudar estilo de vida e melhorar a qualidade de vida. Assim prevenir complicações da doença. Já que se trata de duas doenças que são principal causa de morte por AVC e infarto no mundo e no Brasil, assim como a responsável de incapacidades e de Insuficiência Renal Crônica.

A intervenção durou 12 semanas e conseguimos atingir a meta planejada, foram cadastrados e avaliados 96,5% hipertensos e 92,1% diabéticos, mas a equipe se propõe a continuar trabalhando para atingir o 100% e já incorporar esta a rotina da UBS.

Para desenvolver a intervenção foi necessário fazer algum reajuste, como exemplo de dar prioridade a estes usuários, separar seis fichas a cada quarta-feira para usuários procedente da busca ativa, assim como dar prioridade neste mesmo dia aos atendimentos odontológicos. Desenvolver atividades pelo nutricionista e educador físico de NASF. Estas ações ficarão na rotina de UBS, assim como pretendemos aplicá-la a outros programas já existentes, mas que ainda apresentam dificuldades, como o programa de idosos, de puericultura e atenção a adolescente.

Também pretendemos com nossa intervenção envolver mais a comunidade nas atividades desenvolvidas para melhorar sua saúde e contar com uma comunidade mais saudável e educada em saúde.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O curso é uma grande oportunidade para nós médicos que trabalhamos na atenção básica. No início foi muito difícil, com a barreira idiomática, mas com o transcurso do mesmo foi melhorando até que consegui um bom desenvolvimento e compreensão. Sobre tudo, com ajuda das orientadoras com sua paciência, dedicação e correção frequentes das tarefas, têm sido favorável para um melhor trabalho e desenvolvimento, assim como para ampliar conhecimentos das doenças frequentes no Brasil, conhecer os protocolos, também nas ações programáticas e incorporar novos conhecimentos e aprofundamento sobre o funcionamento do SUS.

Nosso projeto foi muito útil para melhorar a qualidade de atendimento dos hipertensos e diabéticos, assim como melhorar a qualidade de vida. Conseguimos melhorar as cifras de TA, melhorar as taxas de glicose, colesterol e triglicerídeos, mudança de estilo de vida, preparar os usuários para viver melhor com a doença e evitar complicações. A comunidade ajudou a organizar o trabalho na unidade de saúde para que cada membro da equipe soubesse quais são suas atribuições, sendo possível organizar e viabilizar a atenção a um número maior de usuários do programa e da população geral. O projeto foi incorporado à rotina de trabalho e aplicado a outros programas.

Todo o trabalho feito tem sido discutido com a equipe e tem servido enquanto motivação para executar este mesmo trabalho, em outros programas, como o pré-natal e saúde do idoso. Nesta intervenção foi criando uma relação de participação entre os profissionais da UBS e a comunidade, facilitando a percepção dos benefícios e redução da barreira, aumentando a adesão dos usuários às consultas e a realização dos exames complementares. Na unidade de saúde tem dois dias da semana para realização dos exames complementares, esta medida foi tomada pela secretaria de saúde sendo de grande impacto na comunidade.

Ao final do curso a comunidade é objeto de melhora no atendimento. Elaborar os textos do curso também tem ajudado a aprender melhor o português. Agradeço a UFPEL por oferecer a oportunidade de participar no curso e ser hoje uma profissional melhor preparada na atenção básica de saúde.



## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF, 2013b.

BRASIL. Hipertensão Arterial Sistêmica/ Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. –

(Cadernos de Atenção Básica; n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Diabetes Mellitus/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il.–(Cadernos de Atenção Básica; n.16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos0)

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Brasília, Abril 2004 Disponível em [www.saude/alimentacaoenutricao/documentos](http://www.saude/alimentacaoenutricao/documentos) Acesso em 01 de Março 2015.

CAMPOS, CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. Rev Ciência Saúde Coletiva 2003; 8(2): 569-84.

COTTA, RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde - do imaginário ao real. Viçosa: UFV - Cebes; 1998.

COTTA, RMM et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. Rev Hospital Clínicas Porto Alegre 2002; p. 25-32.

FERNANDES AS, SECLIN PALACIN J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.

## **Apêndices**

## Apêndice A - Fotografias



Capacitação da equipe de Saúde da Família na UBS "Bodó" Bodó/ RN 2015.



Fotografia de Palestra no Posto de Saúde Ponta de Linha/ Bodó/RN 2015



Fotografia de palestra à população na UBS "Bodó" Bodó/RN 2015



Fotografia de entrega de alimentos saudáveis a primeiros usuários atendidos no Projeto, cortesia da doutora da equipe na UBS “Bodó” Bodó/ RN 2015



Fotografia de atividade realizada o dia mundial do RIM, Realização de teste de hemoglicoteste Ginásio da cidade Bodó/ RN 2015



Fotografia de atividade Promovendo atividade Física e Avaliação da pressão arterial realizada na Plaza da cidade Bodó, RN 2015





Fotografia de momento de alimentação saudável com participação da Nutricionista e Educador físico. Ginásio da cidade Bodó/ RN 2015













Fotografia do exame físico atendimento na UBS “Bodó”Bodó/RN 2015

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL







## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante